Concours d'Agrégation de Chirurgie et d'Accouchements
1898

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. GAYET

LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

1898

I. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1889.

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1893.

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE ET DE PROSECTEUR
1894-1896

AIDE D'ANATOMIE
Concours 1896.

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
Prix des thèses, médaille de bronze, 1897.

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
Concours 1897.

III. — ENSEIGNEMENT

MÉDECINE OPÉRATOIRE ET ANATOMIE de 1894 à 1897.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE (semestres d'hiver).

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE (semestres d'été).

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HOTEL-DIEU (hiver 1897-98).

IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Mémoires originaux.

1. Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mai 1895.

2. Un nouveau cas de désarticulation interilio-abdominale.
Province médicale, août 1895.

3. Des migrations dans la vessie et dans l'urètre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne.
Archives provinciales de chirurgie, octobre 1895.

4. Un cas de cancer du larynx avec propagation à la trachée. Trachéotomie. — Mort.
Archives provinciales de chirurgie, novembre 1895.

5. Un succès de la chirurgie conservatrice.
Province médicale, juin 1896.

6. Un nouveau procédé de traitement chirurgical du goitre exophtalmique : la section du sympathique cervical.
Lyon médical, juillet 1896.

7. Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur.
Lyon médical, avril 1897.

8. Résultat éloigné du traitement de l'hydronéphrose par le retournement à l'extérieur.
Lyon médical, décembre 1897.

9. Contribution à l'étude des abcès gazeux.
Gazette des hôpitaux, 29 juin et 3 juillet 1897.

10. La Gibbosité dans le mal de Pott, anatomie pathologique, traitement.
Thèse pour le doctorat, Lyon, 1897.

11. Quelques cas d'exophtalmie pulsatile.
Province médicale, n° du 10 et du 17 avril 1898.

II. — Communications aux Sociétés savantes.

12. Anévrisme artério-veineux de l'orbite.
Société de médecine de Lyon, 5 février 1894. — *Lyon médical*, 1894, page 232.

13. Iritis guérie par un érysipèle.
Société des Sciences médicales de Lyon, janvier 1894. — *Lyon médical*, 1894, page 301.

14. Appendicite à répétition traitée par la résection.
Société des Sciences médicales de Lyon, mai 1896. — *Lyon médical*, 1896, page 259.

15. Broiement de l'avant-bras. — Conservation du membre.
Société des Sciences médicales de Lyon, mai 1896. — *Lyon médical*, 1896, page 363.

16. Un cas de goitre exophtalmique traité par la section du sympathique cervical.
Société de médecine de Lyon, juillet 1896.

17. Dystocie par fibrome — opération de Parro — extirpation de la tumeur.
Société des Sciences médicales, avril 1896. — *Lyon médical*, 1896, page 191.

18. Tumeur cérébrale, signes de compression, trépanation rachidienne palliative.
Société des Sciences médicales, novembre 1896. — *Lyon médical*, 1896, page 415.

19. Abcès gazeux provoqué chez des animaux par l'injection de pus d'un abcès sans gaz.
Société des Sciences médicales, janvier 1897. — *Lyon médical*, 1897, page 345.

20. Corne de la face, deux cas.
Société de médecine de Lyon, 26 avril 1897. — *Lyon médical*, 1897, page 47.

III. — Collaboration à des thèses.

Thèse de M. Meynet, Lyon, 1895.
Thèse de M. Bonnand, Lyon, 1897.

1. Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, mai 1895.

Un cas intéressant d'arthropathie hémophilique du genou, observé dans le service de notre maître M. Rochet a été le point de départ de ce travail. Il s'agissait d'un enfant de neuf ans, entré à l'hôpital pour une affection articulaire que plusieurs médecins avaient diagnostiquée. tumeur blanche. En réalité c'était un épanchement sanguin à la fois intra- et extra-articulaire. Par le repos dans une gouttière pendant un mois, puis incision de l'hématome sous-cutané on obtint la guérison complète.

M. Rochet mit à notre disposition deux observations très analogues d'hématomes diffus chez des hémophiles, ce qui nous permit d'étudier la symptomatologie et les moyens d'arriver au diagnostic.

Les arthropathies se manifestent par des douleurs, de la gêne fonctionnelle marquée, bientôt accrue par le gonflement et la flexion du membre. L'aspect rappelle tout à fait celui d'une arthrite subaiguë avec le gonflement des culs-de-sac de la synoviale et, pour le genou bientôt une articulation branlante avec contractures, déformations, *genu valgum*, rotation de la jambe en dehors, etc.

Quant aux hématomes ils tiennent à la fois du phlegmon pour la rapidité de leur apparition, la tension des téguments qui deviennent lisses, brillants, avec exagération du réseau veineux sous-cutané, et de l'hématome vrai, traumatique, par l'apparition consécutive d'une ecchymose diffuse absolument caractéristique. Il y a en même temps des douleurs extrêmement vives.

Nous avons insisté sur l'importance du diagnostic. De nombreuses erreurs, surtout par confusion avec des tumeurs blanches, ont été commises et plusieurs opérations faites à tort se sont terminées par la mort à la suite d'hémorragie.

Enfin nous avons fait remarquer que la tendance à l'hémorragie procède par poussées, comme de véritables décharges, et que pourvu qu'on attende quelque temps après la formation de l'hématome, on

peut l'inciser avec une sécurité suffisante, sans avoir de perte de sang dangereuse.

2. Un nouveau cas de désarticulation interilio-abdominale.

Province médicale, 24 août 1895.

Cette opération, l'homologue de la désarticulation interscapulo-thoracique, n'a été jusqu'à présent pratiquée qu'un petit nombre de fois en présence de cas désespérés de tumeurs malignes à cheval sur le bassin et sur la cuisse ou d'ostéite tuberculeuse généralisée à tout l'os iliaque et à l'extrémité supérieure du fémur. Elle fut pratiquée pour la première fois par M. Jaboulay au mois d'avril 1894, puis la même année par le professeur Caccioppoli de Naples. C'est le troisième cas que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre internat chez M. Jaboulay. Comme les deux précédents il s'est terminé par la mort.

Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, déjà opéré une première fois par M. le professeur Pollosson pour un sarcome de la racine de la cuisse. Cette opération fut forcément incomplete, la tumeur ayant poussé des prolongements dans le bassin. Des hémorragies graves s'étant déclarées et le malade étant fatalement voué à une mort rapide, M. Jaboulay tenta l'ultime ressource de la désarticulation interilio-abdominale.

Le malade se releva du schock et mourut trente-six heures après l'opération avec de la température (39°6) et de l'infection de sa plaie.

On peut donc supposer qu'en se mettant à l'abri de l'infection on pourrait en pareil cas avoir quelques chances de survie. Ces chances sont peu nombreuses, mais il est important de faire remarquer que les malades pour lesquels cette opération est indiquée sont fatalement voués à la mort dans un bref délai.

Du reste il y a maintenant un succès à mettre à l'actif de la désarticulation interilio-abdominale. C'est celui qu'a rapporté Girard (de Berne) au Congrès de chirurgie de 1895 sous le nom d'amputation inter-pelvienne ou supra-iliaque. Il la pratiqua, il est vrai, en deux temps: désarticulation de la cuisse, puis dix mois après, désarticulation de l'os iliaque.

3. Des migrations dans la vessie et dans l'urètre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne.

Archives provinciales de chirurgie, octobre 1895.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Pollosson un jeune homme de dix-huit ans qui avait été atteint dans son enfance d'une affection ostéo-articulaire de la hanche; cette articulation était restée ankylosée A diverses reprises ce malade avait présenté des symptômes de calcul vésical; finalement il avait eu des phénomènes d'obstruction urétrale avec rétention et infiltration d'urine. L'opération permit d'extraire un calcul dont le noyau était formé par un fragment osseux.

Cette curieuse observation nous a donné l'idée de rechercher dans la littérature les cas de ce genre. Nous en avons trouvé une quinzaine analogues au nôtre; on en a publié tout récemment un nouveau.

Nous avons ajouté à ces observations une autre qu'a bien voulu nous communiquer M. Jaboulay avec les pièces anatomiques sur lesquelles nous avons pu étudier le mécanisme de ce passage des séquestres dans la vessie. Sur cette pièce on voyait des os creusés en terrier de lapin par des fistules se dirigeant en tous sens; l'urine traversait ces fistules et le malade d'où provenaient ces pièces avait pendant plusieurs mois uriné par son grand trochanter.

Ceci montre bien quelles larges communications peuvent s'établir entre la vessie et les foyers de lésions osseuses.

Chez l'homme, la pénétration du séquestre dans l'urètre donne naissance à un certain nombre de complications qui nécessitent le plus souvent une intervention.

4. Un cas de cancer du larynx avec propagation à la trachée. — Trachéotomie. — Mort.

Archives provinciales de chirurgie, novembre 1895.

L'intérêt de cette observation réside dans la rapidité d'évolution de la maladie (deux mois après l'apparition des premiers symptômes fonctionnels, la trachée était largement envahie, en même temps que le larynx, l'œsophage, les ganglions carotidiens); dans le mécanisme de la mort survenue par asphyxie deux heures après la trachéotomie.

Cette asphyxie reconnaissait plusieurs causes : l'étendue de l'infiltration cancéreuse très bas dans la trachée, l'hémorragie de la surface végétante, une languette de muqueuse flottant dans la lumière du canal et ayant peut-être été détachée par la canule. D'où cette triple indication : employer, dans de tels cas, de très longues canules, des canules à extrémité conique, et, si l'hémorragie menace, des canules-tampons.

5. Un succès de la chirurgie conservatrice.

Province médicale, juin 1896.

Le cas dont il est ici question est un sérieux argument en faveur de ce que l'on pourrait appeler la chirurgie conservatrice à outrance. Un mécanicien avait eu l'avant-bras pris dans une courroie de transmission; le membre paraissait complètement broyé, les os étaient en morceaux; on n'arrivait pas à sentir les battements des artères au-dessous de la plaie La main était refroidie et la sensibilité diminuée. Il n'y avait plus, semblait-il, qu'à régulariser l'amputation déjà aux trois quarts faite. On se décida cependant à la conservation et, six mois après, malgré des péripéties diverses, le membre avait repris sa forme, il y avait un cal presque solide, le malade pouvait exécuter un assez grand nombre de mouvements, prendre et tenir entre ses doigts de petits objets, soulever une chaise de paille à bras tendu, etc. La sensibilité existait entière et partout.

Cette observation vient donc bien à l'appui de la méthode soutenue par Reclus et ses élèves et qui tend à être de plus en plus adoptée : la conservation systématique dans les délabrements les plus graves et les plus étendus.

6. Un nouveau procédé de traitement du goitre exophtalmique, la section du sympathique cervical.

Lyon Médical, 26 juillet 1896.

Ce mémoire est le premier travail critique qui ait paru sur cette question; depuis, des communications nombreuses, des controverses même ont attiré l'attention sur ce nouveau traitement de la maladie de Basedow.

Mon travail se basait sur une observation que j'avais été à même de recueillir dans le service de mon maître, M. Jaboulay. Une jeune

fille, qui présentait tous les signes de basedowisme à un degré très accusé, fut traitée par la section bilatérale du sympathique cervical à sa partie moyenne. Le soir même l'exophtalmie disparaissait complètement; les jours suivants, le volume du corps thyroïde diminuait rapidement, les palpitations et le tremblement disparaissaient, le cœur qui battait à 160 avant l'opération tombait à 100 pulsations. La guérison s'est maintenue.

De pareils résultats s'observent-ils par les autres méthodes de traitement? C'est ce que j'examinais dans la seconde partie de mon mémoire.

La thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie, la ligature des artères thyroïdiennes, telles sont les autres opérations qu'on a dirigées contre la maladie de Basedow.

La thyroïdectomie présente certainement plus de difficultés, plus de menaces d'hémorragie dans le goitre exophtalmique que dans le goitre ordinaire. Certains cas observés par M. Jaboulay montrent qu'elle semble parfois donner un coup de fouet à l'affection, le reste de la glande se développant rapidement après l'ablation partielle. Nous n'oublions cependant pas qu'elle a pu donner de beaux résultats.

L'exothyropexie est dangereuse dans ces cas, et des morts rapides qu'on tend à attribuer à l'intoxication thyroïdienne par hypersécrétion l'ont prouvé.

La ligature des artères thyroïdiennes, délicate dans ce cas particulier où les vaisseaux sont turgescents et à parois friables, n'est pas entrée dans la pratique, en France tout au moins.

On voit qu'on a le droit de chercher mieux que ces divers procédés; et la section ou résection partielle du sympathique a, depuis notre publication, justifié ce que nous en disions alors.

Voici quelles étaient nos conclusions :

La section du sympathique cervical n'est dangereuse, ni comme acte opératoire, ni dans ses conséquences.

Elle a une action manifeste sur la triade symptomatique, action nette et durable surtout pour l'exophtalmie.

Elle peut être exécutée concurremment avec les autres interventions, quand celles-ci n'ont pas amélioré l'exophtalmie, et spécialement contre ce dernier symptôme.

A ce titre, et sous certaines réserves que l'avenir seul fera disparaître, nous croyons qu'elle peut être appliquée au traitement du goitre exophtalmique, qu'elle mérite d'être soigneusement étudiée, et nous

espérons qu'elle acquerra prochainement le droit de prendre rang parmi les procédés chirurgicaux à mettre en usage contre cette affection.

7. Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'exterieur.

Lyon Médical, avril 1897.

Dans ce travail, nous avons encore eu l'honneur de faire connaître et d'étudier une opération absolument nouvelle, imaginée par notre maître M. Jaboulay, pour le traitement de certaines variétés d'hydronéphroses.

Cette méthode fut employée pour traiter une femme de cinquante-sept ans qui portait une poche rénale datant de vingt ans et ayant acquis les dimensions d'une tête de fœtus à terme, mais complètement mobile.

Après incision lombaire, puis incision de la poche, l'opérateur va chercher le fond de celle-ci, et l'attire à l'extérieur comme on retourne une poche d'habit. On laissa les choses en cet état et on appliqua un pansement antiseptique par dessus.

Les avantages que nous faisions valoir en faveur de ce procédé sont les suivants :

1° Simplicité de l'opération, évitant la pédiculisation et la pose de la ligature souvent laborieuse ;

2° Aucune chance d'infection, puisque par le retournement on supprime toute cavité susceptible de recéler des germes et de donner lieu à des suppurations souvent longues;

3° Minimum de schock; on n'a pas à craindre ces accidents réflexes pouvant produire l'anurie souvent signalée comme complication des interventions sur le rein ;

4° Conservation de la fonction glandulaire interne du rein ;

5° Possibilité et facilité de manœuvre de cathétérisme si on reconnaît l'origine calculeuse, bien rare, il est vrai, de l'hydronéphrose.

Nous reconnaissons pourtant un certain nombre d'inconvénients : longueur de la cicatrisation, suppression complète de la fonction urinaire, ce qui ferait préférer la néphrotomie si on savait l'autre rein malade.

Ce procédé, aboutissant à la suppression de l'organe, équivaut en réalité à une néphrectomie ; mais elle a, sur cette dernière opération, l'avantage d'être lente, facile à pratiquer, bénigne au point de vue du



Photographie prise le lendemain de l'opération.

Photographie prise 6 mois après.

schock et de l'hémorragie. Elle a sur la néphrotomie, cette grosse supériorité de ne pas laisser de fistules à sa suite.

En résumé ce procédé s'adresse aux cas de poche déjà volumineuse, mobile dans l'abdomen, complètement fermée, l'autre rein étant sain. Ces cas sont loin d'être exceptionnels.

8. **Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur.— Résultats éloignés.**

Lyon médical, décembre 1897.

Nous rapportons le résultat éloigné de l'opération relatée dans notre premier mémoire. Ce résultat est excellent; notre malade ne présente plus au niveau de la région lombaire opérée encore qu'une cicatrice un peu rouge, et une certaine faiblesse de la paroi abdominale en ce point. Quand elle tousse, on voit se produire une saillie qu'on peut saisir entre les doigts et qui représente ce qui reste du rein atrophié.

9. **Contribution à l'étude des abcès gazeux.**

Gazette des hôpitaux, 29 juin et 3 juillet 1897.

Ayant observé dans le service de M. le professeur Poncet un abcès de la région sous-claviculaire qui contenait des gaz mélangés au pus, nous avons entrepris des recherches bibliographiques et bactériologiques, espérant nous renseigner sur les causes de la présence de ces gaz.

Nous avons trouvé dans la littérature un certain nombre de cas analogues; mais les auteurs étaient arrivés à des résultats expérimentaux très différents.

Nos propres recherches nous ont montré :

1° L'existence de streptocoques dans le pus;

2° La stérilité absolue des cultures faites avec le pus de la malade;

3° La production d'abcès sans gaz chez les animaux (cobaye et lapin) que nous avons injectés avec ce pus.

Poursuivant cette étude en étudiant le pus des abcès de nos animaux nous avons obtenu :

1° Des cultures assez pauvres contenant des streptocoques associés à des éléments bacillaires longs et grêles, parfois à des diplobacilles et à des diplocoques très voisins les uns des autres;

2° Un abcès contenant des gaz chez un lapin auquel nous avions injecté quelques gouttes de pus pris aseptiquement dans l'abcès de nos premiers animaux ;

3° Un abcès gazeux chez un cobaye injecté avec quelques gouttes de culture provenant de ce pus.

Nous avions dès lors la preuve que la production des gaz était bien due à une propriété spéciale des microorganismes contenus dans ce pus et dans ces cultures. Nous ferons remarquer que les expérimentateurs ont rarement pu reproduire ainsi des gaz par inoculation aux animaux. MM. Arloing et Fraenkel y étaient cependant arrivés.

Nous avons essayé de reproduire ces abcès gazeux sur d'autres animaux ; il nous a été impossible d'obtenir de nouveaux résultats positifs.

Nous n'avons pas pu arriver non plus à isoler par des cultures à l'abri de l'air les différents éléments microbiens contenus dans nos cultures. Nous ne pouvons donc affirmer quel était exactement l'agent responsable de la production des gaz. Deux hypothèses sont soutenables: l'association du streptocoque avec un agent bacillaire spécial gazogène — ou le polymorphisme du streptocoque, affirmé par les recherches de M. le professeur Arloing; sous une forme spéciale ce streptocoque deviendrait apte à produire des gaz.

Tout récemment, MM. Widal et Courtois-Suffit ont communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* des cas de pneumothorax essentiels dans lesquels leurs recherches bactériologiques les ont amenés à des conclusions tout à fait pareilles aux nôtres.

Dans les abcès gazeux on trouve :

1° Des organismes multiples et variés ;

2° Ces organismes sont très difficiles à cultiver et jusqu'à présent impossibles à isoler.

10. La gibbosité dans le mal de Pott. Anatomie pathologique. — Traitement.

Thèse de doctorat, Lyon, 1897.

Au moment où on préconisait un nouveau traitement du mal de Pott, il nous a paru nécessaire, pour arriver à nous faire une opinion sur ce point, de retourner à l'observation anatomo-pathologique de la gibbosité pottique. Cette étude, pendant laquelle nous marchions sur un terrain déjà admirablement travaillé par nos maîtres, nous a per-

mis cependant de glaner quelques faits nouveaux ou peu connus, et d'appuyer sur une base solide la seconde partie de notre mémoire, revue critique des traitements proposés contre la gibbosité.

I. *Anatomie pathologique.* — Dans une colonne atteinte de mal de Pott et présentant une coudure, la cause de cette coudure réside, comme on sait, dans la destruction plus ou moins étendue des corps vertébraux. Le canal médullaire n'est à peu près jamais rétréci; il nous a semblé parfois élargi; il est souvent en communication avec le foyer tuberculeux par destruction de sa paroi antérieure. Les trous de conjugaison sont généralement élargis. Les lames postérieures augmentent de hauteur, fait connexe avec le précédent.

Les apophyses épineuses présentent deux sortes d'altération; déjettement en bas ou plutôt incurvation arrivant parfois à une imbrication complète; atrophie et aplatissement des apophyses épineuses au-dessous de la bosse.

La gibbosité peut amener, plus souvent qu'on ne l'a dit, des troubles médullaires, non par compression résultant du rétrécissement du canal, mais par inflexion de la moelle qui se ramollit au contact de l'arête sur laquelle elle repose et peut même parfois se laisser entamer.

II. *Physiologie pathologique.* — On connaît les causes de flexion de la colonne dans le mal de Pott. Ces causes peuvent ne pas être suffisantes même avec pertes de substance étendues de la colonne. Les arcs postérieurs, dans ces cas, suffisent à maintenir le rachis en bonne position. Bonnet avait déjà mis ce fait en évidence.

Nos expériences sur le cadavre nous ont montré qu'il ne suffit pas de supprimer un, deux, trois corps vertébraux même pour obtenir la gibbosité. Il faut encore ou faire exécuter une flexion forcée du tronc en avant, en déployant une force assez considérable, ou bien donner un coup violent sur les épaules du sujet, de façon à luxer les articulations latérales.

Ces faits sont importants au point de vue des mécanismes de guérison du mal de Pott sans gibbosité.

III. *Processus de guérison.* — La lésion vertébrale guérit et la bosse s'ankylose : 1° par cal intermédiaire des corps en contact ou très rapprochés ; 2° par des jetées périostiques latérales, assez faibles et assez rares ; 3° par soudure des arcs postérieurs. Lorsque les corps

qui limitent la lésion restent écartés, les arcs postérieurs sont ordinairement seuls à soutenir la colonne par leur ankylose.

L'ankylose se fait d'une façon souvent précoce au niveau de ces arcs postérieurs, par ossification des ligaments. Les apophyses articulaires, les lames, les apophyses épineuses se soudent ainsi et finissent par former un bloc solide.

Il ne se fait jamais un dépôt de substance osseuse suffisant pour combler un espace même faible entre deux corps vertébraux. C'est, du moins, ce qui ressort de nos examens de pièces et des observations de tous les auteurs qui ont écrit sur le mal de Pott.

IV. *Traitement.* — Dans cette seconde partie de notre travail, nous avons passé en revue les divers traitements préconisés récemment pour les gibbosités pottiques. Pour les apprécier, nous avons pu nous baser sur des observations de malades que nous avons suivis dans le service de M. Vincent, chirurgien de la Charité. Nous avons aussi pratiqué des expériences cadavériques. Une seule a été exposée dans notre mémoire, les autres n'ayant pu être faites, faute de sujets, qu'après la soutenance de notre thèse.

D'après nos observations, le redressement est possible dans tous les cas non ankylosés. Il est impossible, sans intervention sanglante ou violences dangereuses dans les cas d'ankylose.

Nous n'avons pas observé d'accidents d'anesthésie; une seule fois, nous avons eu un peu de trépidation épileptoïde, indiquant une excitation médullaire qui s'est dissipée en peu de temps.

Sur dix observations, nous avons eu trois fois des résultats absolument nuls (gibbosités ankylosées).

Deux fois, nous avons assisté à un redressement très faible, presque nul; quatre fois à un redressement immédiat assez marqué; une seule fois à une réduction presque parfaite. Dans la grande majorité des cas où l'on a eu un bon résultat immédiat, la gibbosité était relativement peu diminuée elle-même, et ce que l'on produisait, c'était une exagération des courbures compensatrices, surtout une lordose lombaire que nous avons notée plusieurs fois et qui ne contribue pas peu à changer l'aspect de la difformité.

Nous avons enregistré deux morts : l'une quinze jours, l'autre cinq semaines après l'opération. Ces décès ont été causés par de la généralisation tuberculeuse aux poumons (broncho-pneumonie).

Ce traitement présente des dangers en raison des complications possibles du côté : des abcès, des gros vaisseaux, de la moelle, de la

généralisation tuberculeuse. La broncho-pneumonie a été plusieurs fois signalée. Une de nos expériences nous a donné une fracture de la colonne, une autre la déchirure d'un abcès avec épanchement du pus dans la plèvre. Des accidents de ce genre ont depuis été publiés de divers côtés.

Nous croyons donc que, à part certains cas particuliers, on devra préférer le traitement du mal de Pott par l'immobilisation, aussi précoce que possible, dans une grande gouttière, on plongera ce traitement aussi longtemps que la douleur indiquera l'existence d'un foyer en évolution. On insistera sur les détails d'hygiène : massage, frictions, propreté, alimentation, existence au grand air ou au bord de la mer, toutes les fois que cela sera possible. Par ce décubitus dorsal, on évitera souvent la formation des gibbosités ; on pourra lutter contre la tendance à l'incurvation du rachis par l'extension continue et par l'application de rondelles de molleton de plus en plus épaisses sous la bosse en train de se former.

Par ces moyens, on aura de bons résultats, mais il faut bien le dire, là, comme dans les autres tuberculoses, le pronostic dépendra longtemps encore de l'état social du patient qui peut ou ne peut pas se soigner.

Le redressement pourra être utilisé, comme cela a été fait depuis longtemps déjà, dans les cas assez rares, où une paralysie survenue brusquement en même temps que la courbure du rachis, indiquerait qu'il s'est produit une compression médullaire par luxation pathologique.

11. Quelques cas d'Exophtalmie pulsatile.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le service d'ophtalmologie de mon père, deux cas d'exophtalmie pulsatile. L'un d'eux est extrêmement intéressant par son étiologie et les difficultés du diagnostic.

Il s'agissait d'une femme de soixante ans qui avait fait une chute, l'orbite gauche portant sur une caisse ; trois mois après paraissait au niveau de la partie externe de cette orbite, une tumeur pulsatile du volume d'une noix, donnant lieu à tous les symptômes habituels de l'anévrisme artério veineux. Cette femme portait en outre un goitre assez volumineux et deux autres petites tumeurs craniennes au niveau du lambda et au sommet de la suture interpariétale. Ces tumeurs étaient également animées de battements.

Tous les symptômes augmentèrent rapidement d'intensité, la malade

présentant des accès de suffocation fut envoyée dans un service de chirurgie. M. Jaboulay pratiqua une exothyropexie et, fait curieux, immédiatement après les tumeurs secondaires se flétrirent et s'affaissèrent. Mais la mort survint le surlendemain de l'opération et à l'autopsie on trouva des noyaux de métastase goitreuse, des ganglions envahis par la généralisation. Le syndrome exophtalmic pulsatile était dû à un de ces noyaux vasculaire comme le goitre lui-même.

Nous avons groupé avec ces deux cas les trois autres observés dans la clinique ophtalmologique. Nous en tirons les conclusions suivantes :

La guérison spontanée peut se rencontrer au cours d'un anévrisme artério-veineux de l'orbite. Elle paraît liée à des phénomènes inflammatoires, conduisant à l'endophlébite oblitérante du sinus ou de la veine ophtalmique.

La ligature de la carotide paraît être le seul traitement réellement efficace de cette affection. Mais elle ne devra jamais être faite d'une manière précoce, sauf indications spéciales, comme le développement très rapide de l'anévrisme.

Les moyens de douceur (compression digitale de la carotide, application de glace) laissent le temps à la guérison spontanée de se produire et la favorisent probablement.

II. — COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS DIVERSES

---

13. Iritis guérie par un érysipèle.

Soc. des Sciences médicales de Lyon, séance de janvier 1897.

Il s'agit là d'un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une iritis rhumatismale depuis plusieurs mois, avec des alternatives de rémission et d'aggravation. Aucun traitement n'avait pu obtenir la guérison complète. Cet homme fut atteint d'un érysipèle facial très grave pendant lequel les paupières subirent un gonflement intense. Lorsque l'érysipèle fut guéri, et que le malade put ouvrir les yeux, au bout d'une huitaine de jours, l'iritis avait entièrement et définitivement disparu.

Cette action de l'érysipèle sur les formes rebelles d'iritis a été rarement observée. Cependant elle est aujourd'hui bien connue des ophtalmologistes.

14. Appendicite à répétition traitée par la résection.

Soc. des Sciences médicales de Lyon, mai 1896.

Cette observation tire son intérêt des récentes théories émises pour expliquer la pathogénie de l'appendicite. Un malade de dix-neuf ans, atteint depuis trois mois de crises successives d'appendicite non améliorées par le traitement médical, fut traité par la laparotomie et la résection de l'appendice. On trouva dans le péritoine un peu de liquide citrin ; l'appendice était turgide et fixé au cæcum par des adhérences. Il ne présentait cependant, quoiqu'enlevé en pleine poussée aiguë, ni rétrécissement, ni calcul, ce qui est en opposition complète avec la théorie de la cavité close formulée par le professeur Dieulafoy.

Nous avons à cette occasion fait des recherches à l'amphithéâtre et rencontré plusieurs appendices contenant des calculs stercoraux qui n'avaient provoqué aucun accident.

17. Dystocie par fibrome utérin. — Opération de Porro. Extirpation de la tumeur.

Soc. des Sciences médicales, avril 1896.

Nous avons assisté le Dr Adenot dans cette opération et présenté à la Société les pièces enlevées chez la malade. C'était une femme de trente-trois ans qui avait eu déjà deux accouchements difficiles : forceps au détroit supérieur, craniométrie. Dès le premier, le diagnostic de fibrome avait été posé.

Arrivée au terme de sa troisième grossesse, on reconnut une tumeur fibreuse de la face postérieure du col de l'utérus, rendant l'accouchement absolument impossible, de même que toute autre intervention qu'une opération césarienne. Celle-ci faite, on fut obligé d'enlever en deux temps d'abord l'utérus vidé de son contenu, puis le fibrome dont la décortication fut des plus laborieuses.

Les suites de l'opération ont été excellentes pour la mère et pour l'enfant.

18. Tumeur cérébrale. — Signes de compression. Trepanation rachidienne palliative.

Société des Sciences médicales, novembre 1896.

Une femme présentait des symptômes de tumeur cérébrale: céphalalgie, anosmie, névrite optique; aucun symptôme de localisation. Les signes ci dessus indiquant une forte compression intra-cranienne, M. Jaboulay tenta d'obtenir la décompression en pratiquant une trépanation rachidienne. La malade mourut quinze jours après.

A l'autopsie, nous trouvâmes de la méningite spinale suppurée. Au niveau du cerveau, existait une tumeur du volume d'une grosse noix, située dans la substance corticale au niveau du lobe pariétal gauche. Cette tumeur aurait pu être enlevée facilement, car elle était énucléable. Malheureusement, l'absence de signes de localisation explicable parce que la tumeur siégeait en dehors des zones motrices, et l'existence de la névrite olfactive et optique avaient fait penser à une tumeur inopérable de la base.

20. Deux cas de cornes de la face.

Soc. de médecine de Lyon, 26 avril 1897.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un kératome de la lèvre inférieure, à évolution lente ; dans le deuxième cas, chez une femme de quatre-vingt-trois ans, la tumeur ramollie à sa base, entamée d'une zone proliférante, indiquait une évolution épithéliomateuse à marche rapide. Le traitement fut l'ablation large parfaitement supportée par la malade malgré son grand âge.

Lyon — Imp Pitrat Aîné, A. Rey Successeur, 4, rue Gentil — 17535